妊娠届出書

母子手帳番号　　補助券番号
多胎　　外国語版（　　語）
出生届出予定　　明日香村 ・ 村外（　　）

個人番号				
ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	年齢	職業
妊婦氏名		S H　　年　　月　　日		
ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	年齢	職業
夫（パートナー）氏名		S H　　年　　月　　日		
住所	〒		居住地の住所	
電話番号	―　　―		携帯電話	―　　―
村外転出予定	なし ・ あり （　　年　　月頃、　　都道府県 ）			
婚姻形態	既婚（　　年　　月入籍） ・ 今後入籍予定（　　年　　月頃） ・ 入籍未定 ・ その他（　　）			
初診年月日	平成　　年　　月　　日	分娩予定日	平成　　年　　月　　日	
妊娠週数	週（第　　月）	性病に関する健康診断の有無	1．受けた　　2．受けていない	
特記事項	1．単胎　2．多胎（　　胎）	結核に関する健康診断の有無	1．受けた　　2．受けていない	
診断を受けた医療機関等の名称 医師または助産師氏名	名称			
今後健診を継続する医療機関	名称			
健康保険の種別	1．社保　　2．国保　　3．その他（			

妊娠回数	今回を含めて　（　　）回目	出産	これまでに（　　）回	流産	自然（　　）回、人工（　　）回
不妊治療の有無	なし ・ あり （　　年　　ヶ月）				
今までの妊娠・出産の状況	妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）・糖尿病・子宮外妊娠・未熟児出産（　　g） 早産（　週　　日）・ 死産（状況　　）・ 仮死状態 その他（　　）				
上のお子さんの状況	1人目：出生体重　　g、妊娠・出産の経過　正常・その他（　　） 現在　　歳、　健康・その他（　　） 2人目：出生体重　　g、妊娠・出産の経過　正常・その他（　　） 現在　　歳、　健康・その他（　　） 3人目：出生体重　　g、妊娠・出産の経過　正常・その他（　　） 現在　　歳、　健康・その他（　　）				
次の病気にかかったことがありますか。	高血圧 ・ 腎疾患 ・ 糖尿病 ・ 肝炎 ・ 心臓病 ・ 甲状腺の病気 ・ 精神疾患 ・ その他				
現在、妊娠以外で通院したり、薬を飲んでいますか。	はい（病名・症状　　） ・ いいえ				
現在ほぼ毎日アルコールを飲みますか。	はい （1日　　を　　ml） ・いいえ	喫煙	はい （1日　　本）・ いいえ		
身近な人の中で喫煙者はいますか。	いいえ ・ はい（同居の家族 ・ 職場関係 ・ その他：　　）				
視覚障がい	あり ・ なし	聴覚障がい	あり ・ なし		
産後、しばらく里帰りされる予定ですか。	はい （住所　　）・いいえ （連絡先　　）				
妊娠中、管理栄養士、助産師または保健師が電話や訪問で妊娠中の健康状態をお伺いすることがあります。同意していただけますか？	はい ・ いいえ				
生後3ケ月ごろまでの乳児の家庭に、悩みや不安がないか確認し必要なサービスを紹介するために、こんにちは赤ちゃん訪問員や保健師・助産師などが訪問します。同意していただけますか。	はい ・ いいえ				

上記のとおり届出します。　　**平成　　年　　月　　日**
明日香村長殿　　**届出者氏名**　　**（続柄　　）**

下記は妊娠・出産について役立つ支援をさせていただくためのアンケートです。ご協力をお願いします。

1　今回の妊娠についてどう思われますか。一番近いものに〇をつけてください。

1. うれしい　2. ややうれしい　3. どちらともいえない　4. あまりうれしくない　5. うれしくない

理由（　　）

2　あなたが悩んでいるときに相談にのってくれる人や機関はありますか。〇をつけて下さい。（複数回答可）

1. 夫（パートナー）　2. 自分の親　3. パートナーの親　4. 兄弟姉妹　5. 友人　6. 近所の人　7. 産科医療機関
8. 保健師　9. 電話相談　10. インターネット　11. その他（　　）
12. 誰もいない

3　産後、手助けをしてくれる人はいますか。〇をつけて下さい。（複数回答可）

1. 夫（パートナー）　2. 自分の親　3. パートナーの親　4. 兄弟姉妹　5. 友人　6. 近所の人　7. その他（　　）
8. 誰もいない

4　下記のことについて、現在の状況や気持ち、考えを教えて下さい。

①妊娠経過について（　　）

②出産について（　　）

③子育てについて（上のお子さんも含め）（　　）

④自分自身の健康面について（　　）

⑤家族の健康面について（　　）

⑥夫・パートナーまたは家族との関係について（　　）

⑦同居家族について（　　）

⑧周囲からの協力について（　　）

⑨仕事について（　　）

⑩経済面について（　　）

⑪家事について（　　）

⑫栄養について（つわりを含め）（　　）

5　あなたは次の感染症にかかったことがありますか。

はしか　はい（　　歳）　いいえ　予防接種を受けた
風疹　はい（　　歳）　いいえ　予防接種を受けた
水ぼうそう　はい（　　歳）　いいえ　予防接種を受けた

6　妊娠中の1日の過ごし方について教えて下さい。
（起床・食事・運動・仕事・趣味の時間・入浴・就寝など）

6　12　18　0

ご協力ありがとうございました。

職員記入欄

AM ・ PM

受付者		今後		内容	

※転入者の場合のみ記入

母子手帳交付日	平成　年　月　日	転入日	平成　年　月　日	さしかえした補助券	基本券　回目～　回目 追加券　枚